

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11/9/2028  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 8/11/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : HAMIDA BIBI  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 54  
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOHAR GAZI  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

UTTAR DEBIPUR, CHAMPAPUR, NORTH 24  
PARGANAS 743291, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | HAMIDA BIBI                                       | 54                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | ABAZDUL HOLLA                                     | 57                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3                      | SAIFUL HOLLA                                      | 28                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                      |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| EPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशन के पीछे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रसमोक्त कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु, किये गये विधि का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2                      | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |





